

**PROGETTO INTEGRATO DI CONSULENZA PSICOLOGICA, DISASSUEFAZIONE DAL
FUMO E TRAINING AUTOGENO A SUPPORTO DI PAZIENTI CARDIOPATICI E DEI
LORO FAMILIARI
2004 - 2012**

Il progetto presentato inizialmente presso la U.O di Cardiologia, prevedeva che entro un tempo brevissimo dall'ammissione in reparto il paziente venisse informato dal medico che il programma di cura comprendeva anche l'aspetto psicologico e quindi la presenza dello psicologo in reparto.

Lo psicologo si presentava poi al paziente proponendogli un colloquio.

Progetto di intervento

La presa in carico comincia durante la degenza, prosegue ambulatorialmente in un tempo complessivo di dieci settimane e si articola come segue:

Ø Prima settimana:

- Colloquio motivazionale e di accoglienza allo scopo di:
 - Favorire l'espressione delle emozioni rispetto all'evento traumatico
 - Fornire supporto per l'elaborazione dei vissuti

Possibilità di indagare le seguenti aree:

- Ricostruzione della storia della malattia
- Storia personale e lavorativa del paziente
- Struttura familiare
- Abitudini di vita
- Risorse
- Aspetti emozionali
- Aspetti relazionali

Ø Seconda settimana:

- Colloquio con il paziente e i familiari/coniuge con i seguenti obiettivi:
 - Fornire supporto nel momento di crisi

- Favorire il riconoscimento e l'espressione delle emozioni rispetto all'evento traumatico
- Effettuare una valutazione delle risorse familiari
- Riorganizzare le abitudini

Ø Dalla terza alla decima settimana:

- Incontri individuali di Training Autogeno di Base, in numero di sette a cadenza settimanale per l'apprendimento dei sei esercizi, più un ultimo incontro di verifica.

v Individuazione di momenti di scambio e di confronto tra operatori

v Stesura a fine programma di una relazione sull'andamento del progetto.

In otto anni di presenza presso la U.O. di Cardiologia dell'Ospedale "M. Bufalini" di Cesena, è stato possibile eseguire numerose valutazioni e programmi di recupero personalizzati per i pazienti cardiopatici.

Inizialmente il progetto era rivolto ai pazienti colpiti da infarto miocardico acuto, per poi estendersi a cardio operati, portatori di ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator), pazienti con scompenso cardiaco.

Gli strumenti utilizzati sono stati il colloquio clinico, specifici strumenti testistici e il training autogeno di base. La stretta collaborazione con il personale medico ed infermieristico ha permesso un'azione integrata fra le varie mansioni.

Negli anni le problematiche rilevate nei pazienti colpiti da cardiopatie si sono mantenute costanti.

Nei più giovani è presente il desiderio pressante di tornare a casa e riprendere la propria vita, spesso con senso di sfida e desiderio di mettersi alla prova. In particolare, chi dopo il ricovero non avverte disturbi di alcun tipo, riferisce di avere difficoltà a considerarsi cardiopatico.

Qualcuno si chiede se riuscirà a cambiare le proprie abitudini (stile di vita, alimentazione, abolizione del fumo) mentre altri sono maggiormente preoccupati di come riorganizzare l'attività lavorativa. Alcune persone sembrano molto spaventate ripensando all'accaduto, altri quasi non si rendono conto di avere avuto un infarto: non ne riconoscono la gravità così come la necessità di fare dei cambiamenti. Tra quelli più difficili da realizzare troviamo: modificare i ritmi di lavoro, smettere di fumare, perdere peso e praticare attività fisica.

Una maggiore tranquillità si riscontra negli infartuati che hanno parenti o amici cardiopatici che conducono una vita del tutto normale.

A volte le difficoltà riportate esulano dai problemi fisici; ansia, depressione o altro sono legati a fattori concomitanti che riguardano la situazione personale, familiare e lavorativa.

Nei pazienti anziani i problemi riportati più frequentemente riguardano la paura di morire. Essi riferiscono di temere il verificarsi di altri eventi e di conseguenza limitano gli spostamenti: evitano di allontanarsi da casa per recarsi in luoghi isolati, ad esempio il podere in campagna, ma anche in luoghi sicuri e attrezzati dal punto di vista sanitario. Rifiutano ad esempio di andare in visita da parenti che abitano lontano, non vanno in vacanza, non partecipano a gite con gli amici, non si fidano a lasciare la propria casa sia per paura di non reperire un medico in caso di necessità, sia perché preferiscono essere in un ambiente familiare se dovessero stare male.

È presente una forte attenzione ai sintomi fisici e alle manifestazioni disturbanti (tachicardia, vertigini, agitazione) che vengono interpretati come conseguenza dell'infarto ma anche come possibile inizio di un nuovo attacco. Il paziente vive questi malesseri con grande ansia, che spesso non condivide con i familiari per non preoccuparli.

Talvolta a tutto questo si associa un abbassamento del tono dell'umore, caratterizzato da ansia, irritabilità e depressione, vissuti di perdita.

In particolare, persone che non hanno vissuto bene il periodo del pensionamento riorganizzandosi in modo poco soddisfacente, vivono la malattia come un'ulteriore deprivazione, uno scivolone verso il basso, che si accompagna ad un grande senso di inutilità. Queste persone tendono di conseguenza ad abbandonare quasi tutte le attività che svolgevano prima, o le continuano solo su insistenza dei familiari, e vengono descritti da questi ultimi, come apatici e assenti o svogliati. La ripresa è lenta con un graduale ritorno alle attività quotidiane, con maggiori difficoltà per le persone con pochi interessi al di fuori del lavoro. In genere gli uomini sono più preoccupati per il lavoro, le donne per le attività di cura all'interno della famiglia (figli, nipoti, genitori anziani).

I familiari dei pazienti cardiopatici, dopo lo spavento iniziale, si lasciano tranquillizzare dal medico che li rassicura che il loro congiunto è fuori pericolo; al momento della dimissione però alcuni diventano ansiosi ed iperprotettivi. Temono che il paziente faccia sforzi eccessivi durante il periodo di convalescenza, e che in seguito riprenda le attività che svolgeva precedentemente trascurando la propria salute. Allo stesso tempo è spesso presente una certa difficoltà ad accettare la modesta depressione - potremmo dire fisiologica - che a volte accompagna le prime settimane dopo l'infarto, e c'è la richiesta di essere presente e vitale in famiglia ma con cautela, cosa che viene vissuta dal paziente come una richiesta paradossale: "sii come eri prima ma senza fare quello che facevi prima".

Una volta tornati a casa, alcuni devono gestire situazioni familiari e/o lavorative estremamente conflittuali e stressanti, che non possono risolversi in poco tempo. Con loro

è stato necessario lavorare su più fronti: attivare le risorse familiari quando possibile, individuare ed incrementare le risorse personali, motivare al cambiamento, fornire tecniche e strumenti per fronteggiare lo stress. Il training autogeno in particolare si è dimostrato utile non solo negli stati d'ansia, ma anche nella gestione dei conflitti, per prevenire reazioni di rabbia e frustrazione.

L'attività ambulatoriale è aumentata negli anni, segno di una maggiore sensibilità del personale sanitario nel rilevare e indirizzare i pazienti con difficoltà psicologiche al servizio di consulenza, ma anche di una maggiore informazione che ha permesso ai pazienti stessi di chiedere aiuto. In particolare si rivela preziosa la collaborazione dei familiari.

E' significativo anche che siano aumentati i pazienti che chiedono aiuto quando cominciano un programma per la diminuzione del peso e la modifica delle abitudini alimentari. Sappiamo infatti quanto sia importante uno stile di vita sano per il mantenimento della salute in pazienti già colpiti da eventi cardiaci. Il fatto che chiedano aiuto in questo riflette un diverso atteggiamento verso la propria salute, passando dall'idea di curare la malattia quando si presenta, a quella di essere agente attivo ed efficace nel promuovere il proprio benessere, cosa che oltre a favorire un buon recupero fisico ha l'effetto di rafforzare l'autostima e quindi la percezione di una migliore qualità di vita.

Per quanto riguarda i pazienti cardio operati, colpisce il fatto che nonostante abbiano affrontato in anticipo l'argomento dei possibili disagi da affrontare, alcuni sembrano totalmente impreparati al periodo che segue l'operazione. Con queste persone è stato messo in atto un intervento di sostegno e di contenimento dell'angoscia legata alle aspettative negative sul decorso della malattia, partendo dalle aspettative prima dell'intervento, fino ad accompagnarli in un graduale reinserimento nella realtà quotidiana, ad una maggiore consapevolezza sul proprio stato di salute e dei vissuti, al fine di favorire un ritorno della fiducia e dell'autonomia.

Dopo una pausa di alcuni mesi nel 2010, dal 2011 l'attività di consulenza si è spostata dal reparto all'ambulatorio. Idealmente si poteva effettuare una breve valutazione dello stato emotivo attraverso colloqui psicologici e test specifici con tutti i pazienti con una determinata patologia durante il ricovero (in riferimento alle Linee Guida sulla Riabilitazione Cardiologica), individuando ad esempio tutti i pazienti infartuati, ma questo avrebbe richiesto una presenza più assidua dello psicologo in reparto, per cui al momento si è preferito dirigere l'attenzione sui pazienti ambulatoriali. Tale scelta, ha permesso di focalizzarsi sui pazienti maggiormente richiedenti e di fare un lavoro mirato su fattori di

rischio modificabili (fumo, obesità), e di fornire supporto psicologico a chi già manifestava un disagio. Medici ed infermieri hanno perciò individuato i pazienti in base alla risposta emotiva all'evento cardiaco, rendendosi responsabili di valutare la reazione del paziente e decidere la necessità di un intervento di counselling.

Con le persone affluite all'ambulatorio è stato possibile instaurare una relazione terapeutica e lavorare su obiettivi condivisi, anziché concludere l'intervento in un unico incontro di valutazione. I questionari somministrati prima e dopo gli interventi (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale) hanno evidenziato in ciascuna situazione un miglioramento della condizione psicologica ed emotiva a livelli non sintomatici.

L'attività in reparto è stata minima in quanto il progetto per il 2011 non prevedeva assistenza psicologica durante il ricovero, ma in alcuni casi è stata effettuata comunque, su richiesta del personale o dei pazienti stessi.

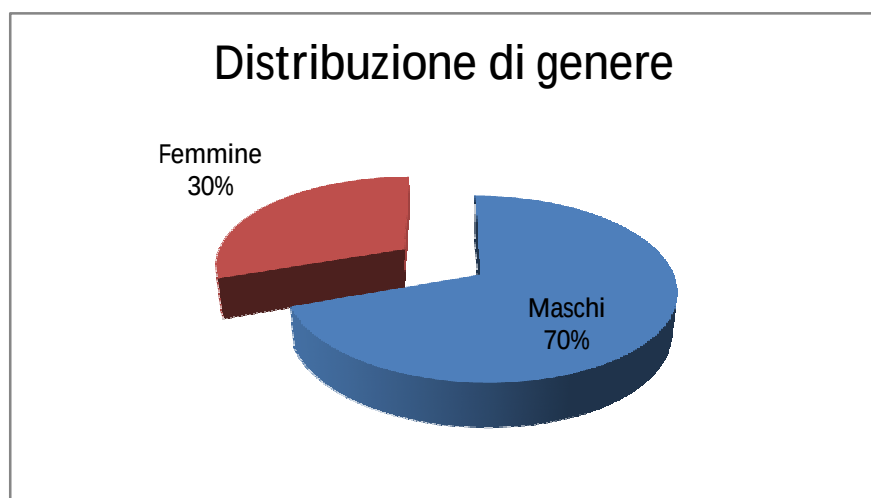
Come da progetto, l'agenda degli appuntamenti è stata gestita direttamente dalle infermiere dell'ambulatorio, a cui afferivano i pazienti dopo la dimissione dal reparto o in seguito alla visita di controllo.

I pazienti fumatori individuati nel primo semestre in particolare sono stati invitati ad effettuare un primo colloquio per poi inserirli in un corso di gruppo per la disassuefazione dall'abitudine al fumo. Nel secondo semestre non è stato possibile avviare un secondo corso per mancanza di adesioni. Si rileva infatti una grande resistenza ad effettuare percorsi di disassuefazione non solo in gruppo ma anche individualmente, anche in presenza di una cardiopatia accertata. Alcune persone hanno accettato di fissare il colloquio con lo psicologo ma non si sono presentati, altri hanno aderito e vengono attualmente seguiti in accordo con le Linee Guida per la corretta pratica clinica nella disassuefazione, dei Centri Anti-Fumo della Regione Emilia-Romagna.

AMBULATORIO DI PSICOLOGIA IN CARDIOLOGIA

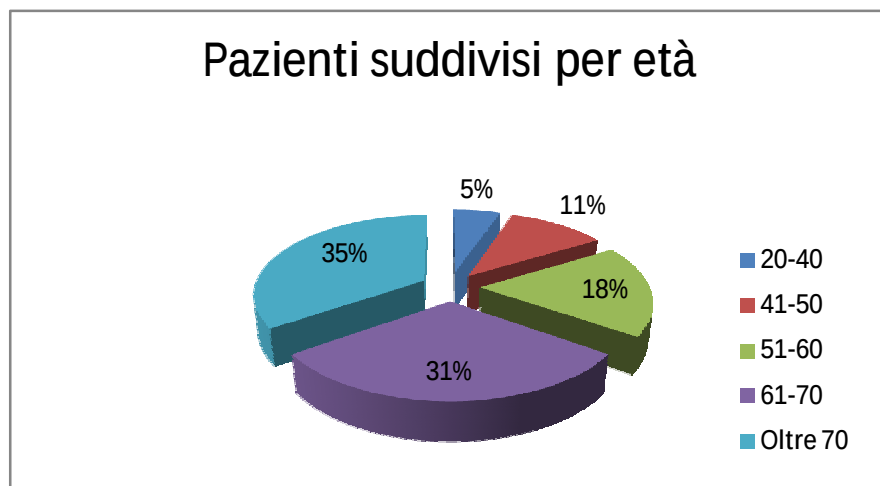
Aprile 2004 – Dicembre 2011 (escluso il 2010)

MASCHI	N.	467
FEMMINE	N.	204
TOTALE	N.	671

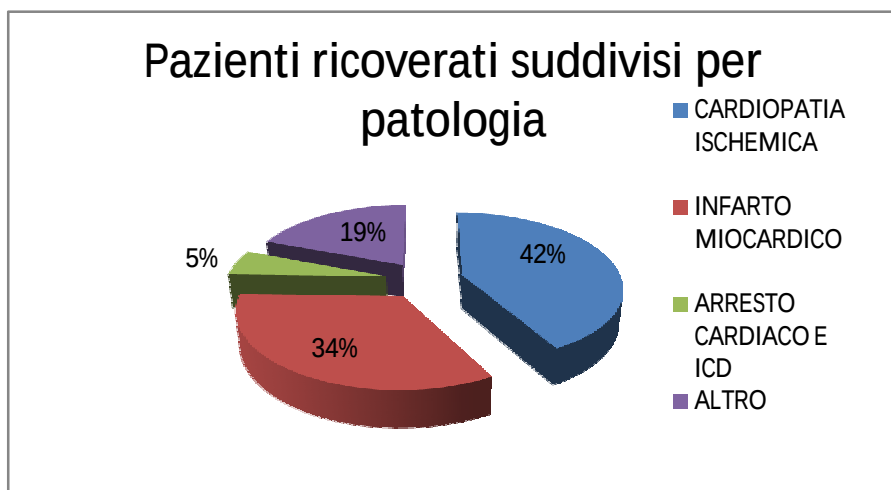


ETA'

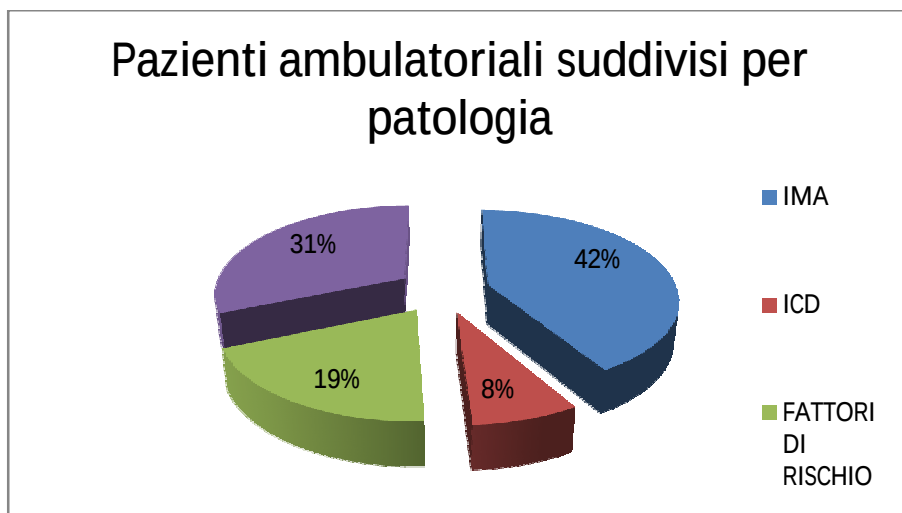
20-40	N.	35
41-50	N.	74
51-60	N.	124
61-70	N.	205
Oltre 70	N.	233



DEGENTI	N.	571
CARDIOPATIA ISCHEMICA	N.	241
INFARTO MIOCARDICO ACUTO	N.	192
ARRESTO CARDIACO E ICD	N.	31
ALTRO	N.	110



AMBULATORIALI	N.	118
	di cui 18 post degenza	
PROBLEMATICHE PSICOL. LEGATE ALL' IMA	N.	49
PORTATORI DI DEFIBRILLATORE	N.	9
FATTORI DI RISCHIO (FUMO/OBESITA')	N.	23
PROBL. PSICOL. LEGATE AD ALTRO QUADRO CLIN.	N.	37
TRAINING AUTOGENO	N.	10



TOTALE PRIMI COLLOQUI	N.	671
TOTALE COLL INDIVIDUALI DI SOSTEGNO	N.	234
TOTALE COLL. PAZIENTE E FAMILIARI	N.	97
TOTALE SEDUTE TRAINING DI RILASSAMENTO	N.	48
TOTALE COLLOQUI EFFETTUATI	N.	1050

D.ssa Tania Cicoira

Psicologa, psicoterapeuta

